

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1939

THÈSE

829

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

**Josel KONIGSBERG**

Né le 23 Juillet 1913, à ZALESZCZYKI (Pologne)

---

**Quelques particularités  
sur les formes douloureuses  
de la syringomyélie**

---

*Président : M. GUILLAIN, Professeur*

---

LYON  
BOSC Frères M. & L. RIOU  
IMPRIMEURS-ÉDITEURS  
42, Quai Gailleton, 42

---

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1939

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

**Josel KONIGSBERG**

Né le 23 Juillet 1913, à ZALESZCZYKI (Pologne)

---

**Quelques particularités  
sur les formes douloureuses  
de la syringomyélie**

---

*Président : M. GUILLAIN, Professeur*

---

LYON

**BOSC Frères M. & L. RIOU**

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

**42, Quai Gailleton, 42**

---

1939

Doyen . . . . . TIFFENEAU.

I. — Professeurs

|                                                       |     |                             |
|-------------------------------------------------------|-----|-----------------------------|
| Anatomie. . . . .                                     | MM. | ROUVIERE.                   |
| Physiologie . . . . .                                 |     | Léon BINET.                 |
| Physique médicale. . . . .                            |     | STROHL.                     |
| Chimie médicale. . . . .                              |     | POLONOVSKI.                 |
| Bactériologie. . . . .                                |     | Robert DEBRE.               |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . . |     | BRUMPT.                     |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .       |     | BAUDOUIN.                   |
| Pathologie médicale. . . . .                          |     | PASTEUR-VAL-<br>LERY-RADOT. |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                      |     | MONDOR.                     |
| Anatomie pathologique. . . . .                        |     | LEROUX.                     |
| Histologie. . . . .                                   |     | CHAMPY.                     |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .            |     | TIFFENEAU.                  |
| Thérapeutique. . . . .                                |     | AUBERTIN.                   |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .              |     | TANON.                      |
| Médecine légale . . . . .                             |     | BALTHAZARD.                 |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .  |     | LEVY-VALENSI.               |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .         |     | Henri BENARD.               |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . .     |     | CHIRAY.                     |
| Clinique médicale. . . . .                            |     | ABRAMI.                     |
|                                                       |     | FIESSINGER.                 |
|                                                       |     | LOEPER.                     |
|                                                       |     | RATHERY.                    |
|                                                       |     | LEREBOULLET.                |
|                                                       |     | NOBECOURT.                  |
|                                                       |     | LAIGNEL-<br>LAVASTINE.      |
|                                                       |     | GOUGEROT.                   |
|                                                       |     | QUILLAIN.                   |
|                                                       |     | LEMIERRE.                   |
|                                                       |     | CUNEO.                      |
|                                                       |     | GOSSET.                     |
|                                                       |     | GREGOIRE.                   |
|                                                       |     | LENORMANT.                  |
|                                                       |     | VELTER.                     |
|                                                       |     | CHEVASSU.                   |
|                                                       |     | COUVELAIRE.                 |
|                                                       |     | JEANNIN.                    |
|                                                       |     | LEVY-SOLAL.                 |
|                                                       |     | MOCQUOT.                    |
|                                                       |     | OMBREDANNE.                 |
|                                                       |     | HARVIER.                    |
|                                                       |     | LEMAITRE.                   |
|                                                       |     | Pierre DUVAL.               |
|                                                       |     | VILLARET.                   |
|                                                       |     | TROISIER.                   |
|                                                       |     | MATHIEU.                    |
|                                                       |     | LAUBRY.                     |
|                                                       |     | Clovis VINCENT.             |
|                                                       |     | N...                        |
|                                                       |     | HAZARD.                     |
|                                                       |     | MULON.                      |
|                                                       |     | OLIVIER.                    |
|                                                       |     | SANNIE.                     |
|                                                       |     | VERNE.                      |
| Professeurs sans chaire. . . . .                      |     |                             |

II. — Agrégés en exercice

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| MM.               | MM.                      |
| AMELINE . . . . . | DEGREZ (H.)..            |
| BARIETY . . . . . | DESOLLE ....             |
| BERNARD Et..      | DIGONNET ...             |
| BESANÇON (J.)     | DOGNON .....             |
| BONNET .....      | FEVRE .....              |
| BOULANGER ...     | FUNK-                    |
| BOULIN .....      | BRENTANO..               |
| BROUET .....      | GALLIARD ...             |
| BULLIARD .....    | GARCIN .....             |
| CACHERA .....     | Mlle GAUTHIER-           |
| CORDIER .....     | VILLARS..                |
| COSTE .....       | GAYET .....              |
| COUVELAIRE (R.)   | DE GENNES ...            |
| DELARUE .....     | GIROUD .....             |
| DELAY .....       | HAGUENAU ...             |
|                   | Physique.                |
|                   | Médecine légale.         |
|                   | Obstétrique.             |
|                   | Physique.                |
|                   | Pathologie chirurgicale. |
|                   | Pathologie chirurgicale. |
|                   | Parasitologie.           |
|                   | Pathologie médicale.     |
|                   | Anatomie pathologique    |
|                   | Physiologie.             |
|                   | Pathologie médicale.     |
|                   | Histologie.              |
|                   | Pathologie médicale.     |



MM.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale  
 LENEGRE ..... Pathologie médicale.  
 LEVY (M<sup>re</sup> J.).. Pharmacologie.  
 MARCHAL ..... Pathologie médicale.  
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET .... Pathologie médicale.

MM.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PATEL ..... Pathologie chirurgicale.  
 PETIT.  
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHEL ..... Physiologie.  
 SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 SICARD ..... Pathologie chirurgicale.  
 SOULIE ..... Pathologie médicale.  
 SUREAU ..... Obstétrique.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.  
 ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-  
 BERT Physiologie.  
 GUENIOT ..... Obstétrique.

MM.  
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.  
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER .... Obstétrique.  
 NEVEU-  
 IEMAIRE. Parasitologie.  
 VAUDESCAL .... Obstétrique.

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.  
 ALAJOUANINE.  
 BRULE .....  
 CATHALA .....  
 CHABROL .....  
 CHEVALLIER..  
 DONZELOT ....  
 DUVOIR .....  
 GASTINEL .....  
 HUGUENIN .....  
 LAROCHE (G.)  
 LIAN .....  
 MOREAU .....  
 PIEDELIEVRE.  
 SEZARY .....  
 } Clinique médicale.

MM.  
 BASSET .....  
 BROCC .....  
 CADENAT .....  
 GATELIER .....  
 DE GAUDART-  
 D'ALLAINES.  
 LEVEUF .....  
 MOULONGUET.  
 MOURE .....  
 QUENU .....  
 } Clinique chirurgicale  
 ECALLE .....  
 METZGER .....  
 PORTES .....  
 VIGNES .....  
 } Clinique obstétricale

### V. — Chargés de cours

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique  
 LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.  
 RUPPE ..... Stomatologie.  
 WEILL-HALLE ..... Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MES PARENTS

A MON FRERE

A MES SCEURS

A MA FIANCEE

A MES AMIS



A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR GUILLAIN

*Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses*

*à la Faculté de Médecine de Paris*

*Officier de la Légion d'Honneur*

*Membre de l'Académie de Médecine*

Nous le remercions d'avoir bien voulu présider notre Jury de Thèse. Il nous a guidé et aidé dans l'élaboration de notre travail, nous lui exprimons ici l'expression de notre gratitude.

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR DEVRAIGNE  
*Accoucheur des Hôpitaux de Paris*

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR LEVEQUE  
*Médecin des Hôpitaux de Paris*

Hommages respectueux.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

# QUELQUES PARTICULARITÉS SUR LES FORMES DOULOUREUSES DE LA SYRINGOMYÉLIE

---

## INTRODUCTION

Les auteurs classiques s'accordent à reconnaître dans la syringomyélie deux types d'algies généralement dissociés aussi bien pour des raisons anatomiques que pour des raisons physiologiques.

Dans l'ordre de fréquence, on peut considérer que les algies des membres inférieurs sont les plus souvent rencontrées.

Les algies des membres supérieurs ne sont cependant pas exceptionnelles, et on les trouve généralement associées à des douleurs de la nuque ou du cou, réalisant le type de la névralgie cervico-brachiale.

Nous nous sommes trouvé dans le Service de Monsieur le Professeur Guillaumin devant un cas de syringomyélie traumatique à évolution atypique.

En effet, alors que les douleurs avaient revêtu primitivement le type classique des algies des membres inférieurs, l'évolution de la maladie a vu une atténuation de ces phénomènes concordant avec l'apparition

rition d'algies d'abord monolatérales, puis bilatérales des membres supérieurs. Le caractère même de ces douleurs sans topographie nettement définie pose en effet un problème pathogénique que, malheureusement, en l'état actuel de nos connaissances, il ne nous est pas permis de résoudre.

## UNE ETUDE GENERALE DE LA SYRINGOMYELIE (1)

La syringomyélie est une maladie anatomiquement caractérisée par l'existence d'une cavité pathologique intra-médullaire (Ollivier d'Angers, 1837). De nombreux auteurs avaient signalé la participation possible du bulbe — syringobulbie de Raymond et Guilain.

Au point de vue pathogénique, on admet plusieurs théories :

- 1° *Une origine mécanique.* — Déjerine croyait à l'origine hématomyélogène consécutive au traumatisme vertébral.
- 2° *Une origine embryonnaire* et les troubles du développement peuvent expliquer aussi la formation de la cavité.
- 3° *Une origine inflammatoire* et la présence d'une myélite chronique déterminant des foyers nécrotiques se réunissant ensuite en une cavité.
- 4° *Une origine néoplasique*, la cavité se constituant à la suite du ramollissement du gliome central de la moelle.

(1) Pathologie du système nerveux de WIDAL et TEISSIER.

La symptomatologie de la syringomyélie est très variable, de même que la localisation de ses lésions anatomiques.

*Troubles moteurs.* — Paralysies avec amyotrophie des membres, avec contractions fibrillaires et troubles électriques, débutant par les extrémités, surtout des membres supérieurs, en réalisant une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne avec ses déformations successives : main de singe, main en griffe, main de prédicateur. Rarement la maladie débute par les membres inférieurs, réalisant une paraplégie spasmodique dès le début. L'amyotrophie qui précède en général la paralysie progresse de la périphérie à la racine des membres. Les réflexes sont abolis ou diminués au niveau des membres supérieurs répondant au segment lésionnel. Au niveau des membres inférieurs, répondant au segment sous-lésionnel, on trouve une exagération des réflexes tendineux.

*TROUBLES SENSITIFS.* — Le plus caractéristique est la *dissociation syringomyélique*, consistant dans la perte des sensibilités douloureuse et thermique avec conservation de la sensibilité tactile. La fréquence des brûlures, des blessures, constitue autant de conséquences de l'anesthésie syringomyélique. En général, l'anesthésie syringomyélique a une topographie radiculaire.

LES TROUBLES SUBJECTIFS s'y ajoutent : engourdissement, fourmillements, parfois de *véritables algies* fulgurantes et lancinantes.

LES TROUBLES TROPHIQUES regardant les téguments, les os et les articulations. — Les plus caractéristiques sont les panaris analgésiques, sortes d'inflammations nécrotiques des extrémités se développant lentement, sans douleur, et engendrant leur déformation. Ce fait a déterminé certains auteurs à confondre la syringomyélie avec la lèpre. L'arthropathie syringomyélique ainsi que la déformation de la cyphoscoliotique de la colonne vertébrale sont très fréquentes.

POUR LES TROUBLES SYMPATHIQUES, nous citerons seulement les vaso-moteurs du visage, myosis, enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale. Les troubles sphinctériens sont exceptionnels.

Les formes cliniques de la syringomyélie sont multiples. On distingue les formes typiques et atypiques. Parmi ces dernières, nous citerons spécialement les formes sensibles *algiques*, la syringomyélie ne donnant pas habituellement de douleurs, ou très peu.

Au point de vue étiologique, cette affection s'observe plus souvent chez l'homme, surtout chez les ouvriers manuels. Elle a paru quelquefois consécutive à un effort ou à un traumatisme, dans certains cas par l'intermédiaire de l'hématomyélite.

L'évolution de la syringomyélie se fait très lentement : vingt ans, ou plus. Cette affection est incurable et se termine par la mort qui peut survenir par une maladie intercurrente — c'est le cas habituel — ou par paralysie bulbaire.

Au point de vue thérapeutique, on a obtenu des résultats satisfaisants par la radiothérapie et le radium.



## TROUBLES DE LA SENSIBILITE SUBJECTIVE DE LA SYRINGOMYELIE

Les troubles de la sensibilité subjective vont de paresthésie jusqu'aux douleurs extrêmement violentes.

Les douleurs ne sont pas au premier plan de la semiologie de la syringomyélie classique. Plusieurs auteurs ont étudié déjà les formes douloureuses de la syringomyélie. En 1908, Raymond et Lhermitte étudiaient un cas de syringomyélie à type douloureux. A partir de cette date, de nombreux auteurs se sont efforcés de donner une explication pathogénique de ces douleurs. Citons Oppenheim, Schlesinger, Hoenel et enfin Spiller.

Il nous semble difficile de résumer l'aspect de ces douleurs, elles apparaissent d'ordinaire au début de la maladie, mais la précèdent rarement. C'est quelquefois au cours d'une exacerbation de l'affection que les douleurs s'installent. Souvent modérées, on les trouve fréquentes quand on les recherche et parfois violentes. Les fourmillements revêtent de nombreuses formes : picotements, fourmillements douloureux, mais plus particulièrement paresthésie thermique. La sensation de brûlure nous semble plus fréquente que la sensation de froid. Les paresthésies thermiques souvent spontanées sont plus fréquemment provoquées par le contact d'un corps froid ou

chaud ou même par les conditions atmosphériques.

Les algies cervico-brachiales apparaissent au début sous forme de crises de douleurs lancinantes ou d'arrachement ou de sensations de brûlure profonde, dont le diagnostic exact ne vient souvent faire sa preuve que tardivement.

*Voici un cas observé à l'Hôpital Saint-Joseph :*

OBSERVATION : M. B..., âgé de 40 ans, encadreur, vient consulter, le 22 mars 1929, à l'Hôpital Saint-Joseph, pour des douleurs récentes dans la nuque et le membre supérieur droit. Il y a deux ans, il a déjà eu des douleurs dans le bras droit assez fugaces et passagères et qui auraient guéri après l'application d'un vésicatoire. Il y a quatre à cinq mois, il a eu des manifestations vertigineuses qui ne l'ont pas obligé à quitter son travail et n'ont duré que quelques semaines. Il y a six semaines, de vagues douleurs dans le cou se sont manifestées, que le malade a prises pour un torticolis. Elles se sont localisées ensuite à la nuque, à l'épaule et à tout le membre supérieur droit. Elles sont continues, très vives la nuit où elles empêchent le malade de dormir avec des paroxysmes de durée variable. Le malade les ressent dans tout le bras et l'avant-bras. Elles s'étendent de la colonne vertébrale à l'extrémité de l'index droit qui est engourdi de façon permanente. Elles sont exagérées par les efforts.

A l'examen, le membre est sensible quand on le mobilise, mais la palpation ne décèle pas de point

douloureux particulier sur le trajet des nerfs ou des muscles. La force segmentaire semble bien conservée à la main, mais le mouvement de flexion et d'extension du poignet sur l'avant-bras, de même que ceux de l'avant-bras se font moins énergiquement à droite qu'à gauche. L'adduction et l'abduction du bras ainsi que les autres mouvements de l'épaule se font normalement.

L'examen de la sensibilité objective montre une légère différence entre le côté droit et le gauche, mais il ne s'agit que d'une nuance minime. Il existe une hypo-esthésie douloureuse à la face palmaire de l'index droit, sur la face dorsale de l'avant-bras droit, sur la face postérieure du thorax, au niveau des fosses sus et sous-épineuses. La sensibilité à la chaleur est diminuée dans les mêmes zones que précédemment, ainsi que sur la face du côté droit. Au contraire, on observe une hyperesthésie dans le même territoire avec le tube glacé.

Il est aisé d'observer une amyotrophie modérée des muscles de l'avant-bras, surtout du bras droit comparativement au gauche, bien que le malade soit droitier. Elle est nettement moins marquée sur le biceps que sur le triceps, muscles au niveau desquels il existe des contractions fibrillaires nettes, de fréquence variable suivant la position des membres, très augmentées par excitations périphériques.

Les réflexes antibrachiaux sont très vifs des deux côtés. Le tricipital droit est aboli. Le gauche est diminué. Les rotuliens et achilléens sont égaux et normaux. Les réflexes cutanés sont normaux.

On donne tout d'abord au malade des cachets analgésiques d'aspirine — caféine — et on lui fait trois séances de diathermie par semaine. Mais après quinze jours de traitement, il revient consulter parce qu'il souffre davantage et ressent des douleurs continues sous forme de brûlures profondes dans le membre supérieur droit. L'examen objectif confirme de façon plus nette les troubles de la sensibilité dissociés intéressant tout l'index droit, la face dorsale de l'avant-bras et du bras, la région postérieure du thorax. Il n'existe pas de modifications thermiques appréciables entre les deux membres.

L'examen des yeux, dont les pupilles réagissent normalement, nous a en outre montré l'existence d'un petit nystagmus rotatoire dans les positions latérales extrêmes du regard.

On fait alors faire au malade des séances bi-hebdomadaires de radiothérapie semi-pénétrante d'environ 400 R chacune sur les régions cervicale et dorsale supérieure de la moelle et sur le bulbe. Dès les 4 ou 5 premières séances, les douleurs s'atténuent, sont moins vives. On pratique ainsi 12 séances consécutives d'irradiation, qui atténuent notablement la fréquence des crises douloureuses et leur intensité, mais ne les font pas disparaître entièrement. Après un repos de deux mois, on refait une nouvelle série analogue de 10 séances hebdomadaires d'irradiation, car les douleurs qui avaient disparu incomplètement réapparaissent avec leurs caractères primitifs. Nouvelle amélioration ; mais au début d'octobre 1929, le malade est repris de nouvelles crises douloureuses.

Après 12 séances hebdomadaires de rayons de 500 R chacune, en décembre 1929, les douleurs ont complètement disparu. Le malade éprouve parfois une sensation de picotements profonds dans la nuque et parfois une sensation de crampe dans le bras ; mais il ne s'agit pas de douleurs réelles.

Depuis cette époque, les douleurs n'ont pas réapparu. Actuellement, l'état de notre malade est le suivant. Il n'y a plus eu de douleurs cervico-brachiales depuis décembre 1929, et le malade peut travailler comme avant. Toutefois, les picotements au niveau de la nuque persistent ainsi que l'engourdissement et l'anesthésie de l'index droit. L'amyotrophie légère des muscles de l'avant-bras et du bras persistent, mais le malade dit que la force de son bras droit a notablement augmenté, bien qu'elle ne soit pas normale.

DIAGNOSTIC. — En résumé, ce malade est venu consulter en 1929 pour une algie cervico-brachiale droite. Les douleurs très pénibles, qui s'étendaient de la colonne cervico-dorsale à l'extrémité de l'index, s'accompagnaient d'une diminution légère de la force segmentaire, d'une amyotrophie minime et de fasciculations dans le triceps. Un examen minutieux révélait l'existence de troubles de la sensibilité thermique et douloureuse à la face externe de l'avant-bras et du bras. A signaler, en outre, un léger nystagmus rotatoire.

Les manifestations algiques, au premier abord, attiraient seules l'attention, et nous pensâmes tout

d'abord à une algie rhumatismale, « a frigore », à une cervico-brachialite banale, d'autant que ce malade avait eu, deux ans auparavant, une algie cervico-brachiale du même côté, qui avait guéri.

En examinant ce malade, l'hypothèse d'une radiculite spécifique du membre supérieur se présentait également à notre esprit. La présence de troubles de la sensibilité objective, l'abolition du réflexe tricipital, l'amyotrophie légère des membres n'étaient pas faites pour écarter cette hypothèse. Toutefois, l'absence de tout autre signe clinique objectif de spécificité, la présence de réactions humorales négatives ont fait écarter cette hypothèse.

En fait, ce sont des symptômes associés et divers qui évoquèrent en nous l'hypothèse d'une lésion médullaire d'abord, et nous firent penser à la syringomyélie ensuite. Nous signalerons les caractères de la douleur, analogues à ceux que l'on observe dans les lésions de la corne postérieure, les troubles de la sensibilité à dissociation syringomélique siégeant sur les membres supérieurs et le thorax, les fibrillations musculaires, l'amyotrophie légère des membres, les troubles vaso-moteurs et sudoraux, le nystagmus rotatoire, enfin, si discret soit-il, qui témoignait d'une lésion bulbaire.

Nous avons cité un cas de syringomyélie où les signes de gliose médullaire sont réduits au minimum, et les symptômes algiques résument ou à peu près tous les tableaux cliniques. Ce cas est très intéressant, car du diagnostic exact qu'un examen minutieux peut seul permettre résultera une thérapeutique efficace.

A ce propos, il est intéressant de noter que d'ordinaire, dans les formes douloureuses de la syringomyélie, les troubles moteurs, trophiques et même les troubles de la sensibilité objective sont moins marqués que dans les autres formes de la syringomyélie.

Une autre forme clinique spéciale de douleur dans la syringomyélie est cette forme de syringomyélie aiguë, diffuse, rapportée par Guillaïn, Schmite et Bertrand, où des douleurs étendues de l'occiput aux lombes avec paroxysme violent cédèrent à une laminectomie décompressive qui montra une moelle boursoufflée qui s'écrasait contre les parois osseuses.

Ces formes douloureuses de la syringomyélie peuvent créer des difficultés de diagnostic réelles. Elles peuvent faire redouter, associées à la cyphoscoliose, un mal de Pott (Raymond et Lhermitte), simuler une néo-formation médullaire, être attribuées à une névrite ou à une radiculite pendant des années.

Nous citerons un cas de syringomyélie traumatique à évolution atypique en présence duquel nous nous sommes trouvé dans le service de M. le professeur Guillaïn.

En effet, alors que les douleurs étaient localisées primitivement aux membres inférieurs, nous avons pu constater pendant l'évolution de la maladie une atténuation de ces phénomènes, suivie de l'apparition d'algies des membres supérieurs sans topographie nettement définie.

OBSERVATION. — La malade E. D..., âgée de 42 ans, est envoyée dans le service pour un traitement radio-

logique. Le début réel de la maladie remonte au début de l'année 1932. La malade a présenté des troubles de la sensibilité consistant en brûlures dont elle ne ressentait pas la douleur. Actuellement, on peut voir plusieurs cicatrices sur la face dorsale des doigts, sur le poignet gauche, sous forme de taches dépigmentées.

En août 1932, la malade fait une chute sur le dos, ses jambes sont contracturées pendant quelques secondes, elle se trouve dans l'impossibilité de se relever. Un mois et demi après cet accident, la malade se plaint de douleurs dans les membres inférieurs. En octobre de la même année, plusieurs chutes, dérobements des jambes, sans perte de connaissance. Aux membres supérieurs, on constate une difficulté de l'écriture, une maladresse de la main droite ; en même temps, la malade se plaint de douleurs dans la région cervicale, qui cessent un quart d'heure après.

L'examen neurologique permet de constater :

- Une anesthésie complète à la chaleur, au niveau des membres supérieurs ;
- Une atrophie musculaire de la main droite — griffe cubitale ;
- Une paraplégie spasmodique sans troubles sphinctériens.

Après la radiothérapie, on constate une légère amélioration, surtout de la marche. Après huit mois de repos, une nouvelle série, en septembre 1933, et ensuite une autre en avril 1934.

En dépit de cette thérapeutique, on constate une

aggravation, surtout de la marche. Un examen neurologique complet pratiqué en 1935 montre :

AUX MEMBRES SUPÉRIEURS. — Une atrophie musculaire très nette, bilatérale, plus accentuée du côté droit. Les doigts sont en flexion, la malade ébauche encore quelques mouvements. La flexion est réduite et non douloureuse.

— Les muscles de l'avant-bras ne sont pas touchés.

— Les réflexes : on constate une abolition du réflexe stylo-radial gauche.

— Les forces musculaires sont très diminuées pour les muscles de l'avant-bras.

AUX MEMBRES INFÉRIEURS. — Paraplégie spasmodique avec des réflexes rotuliens exagérés des deux côtés. Les réflexes achillien et médio-plantaire sont très vifs. On constate une ébauche des clonus du pied des deux côtés, avec un réflexe de défense plus marqué à gauche.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — *Tact et piqure* : On constate une hypo-esthésie à la piqure et au tact, plus marquée aux membres supérieurs et au tronc qu'aux membres inférieurs. La malade sent bien la piqure sur la face interne de la cuisse gauche. On trouve une hyperesthésie au tiers inférieur des jambes et des pieds.

*Chaud et froid* : Gros troubles au chaud et au froid, plus marqués aux membres supérieurs et au tronc qu'aux membres inférieurs. Le cou et la tête sont

respectés. Souvent, anesthésie complète aux membres supérieurs, sans topographie spéciale. La perception au chaud et au froid est correcte à la face interne de la cuisse gauche.

Depuis 1935, on constate une aggravation progressive. La station debout et la marche deviennent impossibles. En 1936, il y a apparition d'une sensation de torsion du membre supérieur gauche et de la moitié gauche du thorax et du cou.

Les troubles sphinctériens s'installent, avec incontinence d'urine et de matières.

La malade ne peut plus s'alimenter toute seule, à cause de la raideur et de l'atrophie musculaire des mains, et ne peut pas s'asseoir.

Les troubles subjectifs sont très marqués. La malade se plaint de douleurs dans les jambes, de douleurs violentes qui l'empêchent de dormir. Les douleurs des membres inférieurs vont en s'atténuant, mais les algies reparaissent, au membre supérieur droit, puis bilatérales. Ce sont des douleurs lancinantes diffuses, intermittentes, sans topographie particulière.

Les troubles trophiques apparaissent. On constate une scoliose prononcée, une arthrite des épaules, — les bras sont collés au thorax et la mobilisation est douloureuse, — une arthrite des articulations du genou, bilatérale, avec craquements non douloureux à la mobilisation passive.

La peau est lisse, fine, squameuse aux mains et aux pieds. Les ongles sont cassants. On ne constate pas d'escarres actuellement.

En résumé, il s'agit d'une malade qui, après un traumatisme survenu en 1932, présente des troubles moteurs et sensitifs qui vont en s'aggravant, ainsi que nous l'avons décrit plus haut, et nous ont amenés facilement à poser le diagnostic de la syringomyélie.

Cette malade présente en même temps des troubles subjectifs d'allure atypique :

- Phénomènes douloureux apparus depuis 1935, siégeant d'abord aux membres inférieurs ;
- Sensation de torsion du membre supérieur gauche en 1936 ;
- En 1937, phénomènes douloureux aux membres supérieurs, à type lancinant, les douleurs des membres inférieurs se trouvant atténuées.

Cette évolution atypique des troubles subjectifs est difficile à expliquer, puisque l'origine même des algies dans la syringomyélie a été longtemps, et est encore, discutée. En effet, cette pathogénie est très obscure. Schlesinger incriminait une leptoméningite que Westphal junior aurait trouvée dans un cas.

Hœnel pense que les fibres intramédullaires de la douleur peuvent être lésées, mais que les douleurs de longue durée doivent faire penser à une méningite secondaire. Actuellement, Spiller a apporté la preuve, dans un cas anatomo-clinique, que les douleurs sont indépendantes de toute lésion concomitante des racines ou des méninges. De nombreux auteurs font jouer un rôle à l'atteinte probable du sympathique. Celle-ci est manifeste dans la syringomyélie. Les troubles vasculaires et sécrétoires en font la preuve.



## CONCLUSIONS

I. — Les troubles subjectifs de la syringomyélie sont fréquents. Ils vont de la sensation pénible aux fourmillements et même aux véritables algies. Les douleurs fulgurantes ne sont pas rares.

II. — En ce qui concerne le diagnostic, ou bien celui-ci est évident par suite du cortège de symptômes qui accompagne les manifestations algiques, ou bien au contraire les signes cliniques de la syringomyélie sont réduits au minimum et les symptômes algiques résument ou à peu près tous les tableaux cliniques.

III. — Nous avons observé un cas de syringomyélie à localisations atypiques des algies ; celles-ci, primitivement localisées aux membres inférieurs, se sont atténuées alors qu'apparaissait une algie mono puis bilatérale des membres supérieurs.

**Vu :**

LE DOYEN :  
TIFFENEAU.

**Vu :**

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :  
GUILLAIN.

*Vu et permis d'imprimer :*

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- WIDAL-TEISSIER. — Pathologie du système nerveux (fasc. 20).
- GUILLAIN. — La forme spasmodique de la syringomyélie. La névrite ascendante et le traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie. (*Thèse de Paris*, 1901-1902.)
- RAYMOND et LHERMITTE. — Sur un cas de syringomyélie à type douloureux. (*Rev. Neurol.*, 1906, p. 576.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Syringomyélie et traumatisme. (*Sté de Méd. Légale de France*, Séance du 8 déc. 1930.)
- SCHAEFFER (H.). — Extrait de la *Presse Médicale*, n° 41 du 21 mai 1932.



